KV BERLIN
Besser. Gemeinsam. Wirken.

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

mit Wirkung zum 1. April 2026

HVM 2026

HONORARVERTEILUNGSMAßSTAB DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BERLIN

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

- nachfolgend KV Berlin genannt -

im Benehmen mit

der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,

handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V,

den Ersatzkassen,

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK - Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gemäß § 212 Abs. 5 Satz 7 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover,

der BIG direkt gesund handelnd als IKK-Landesverband Berlin,

der Knappschaft

sowie

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

für die Verteilung der an die KV Berlin gezahlten Gesamtvergütungen gemäß §87b SGB V

zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 29.01.2026

ÄNDERUNGSHISTORIE

- geändert am 10. Juli 2025 mit Wirkung zum 01. Oktober 2025
- geändert am 25. September 2025 mit Wirkung zum 01. Oktober 2025
- geändert am 29. Januar 2026 mit Wirkung zum 01. April 2026

INHALTSVERZEICHNIS

PRÄAMBEL 6
§ 1 Geltungsbereich 6
§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung 6
§ 2a Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V 7

TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Verwendung des FKZ-Saldos 8
§ 3 Festlegung der Vergütungsvolumen 8
§ 4 Bildung von Honorarvolumen 8
§ 5 Hausärztliches RLV-Verteilungsvolumen 8
§ 6 Fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen 10
§ 7 Arztgruppenspezifische RLV und QZV sowie besondere Verteilungsvolumen (BVV) 11

TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV) 13
§ 8 Grundsätze zum RLV und QZV 13
§ 9 Ermittlung des RLV 14
§ 10 Ermittlung der QZV 16
§ 11 Antrag auf Erhöhung der RLV/QZV-Fallzahl 17
§ 12 Ermittlung des RLV/QZV bei Neuzulassung 17
§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft 18
§ 13 Wechsel der Arztgruppe 19
§ 14 Ausscheiden aus einer BAG/MVZ 19
§ 15 Praxisbesonderheiten 19
§ 15a Antrag auf RLV-Fallzahl-Übertragung 20
§ 16 gestrichen 20
§ 17 gestrichen 20

TEIL III: Leistungsvergütung 21
§ 18 Honorierung von Leistungen der Honorarvolumen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfall“ 21
§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichs-spezifischen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM 22
§ 19a Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“ 23
§ 19b Vergütung der Leistungen der PFG 23
§ 19c Vergütung der Förderleistungen 23

§ 19d Vergütung der Vorwegabzüge Hausarzt-MGV und Kinderarzt-MGV 23
§ 19e Vergütung des Vorwegabzuges Förderung Kinder- und Jugendärzte 24
§ 20 Vergütung der Leistungen der BVV 24
§ 21 Vergütung von Leistungen des RLV und der QZV 24
§ 22 Vergütung von Leistungen im Krankenhaus nach § 75 Abs. 1a SGB V 24
§ 22a Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten (WBA) 24
§ 22b Härtefallregelung 24
§ 23 Ausgleich der Vorwegabzüge, Ermittlung der versorgungsbereichsspezifischen Quartalssalden und Bildung von Rückstellungen 25
§ 23a Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung, Sonderregelungen im Rahmen von Ausnahme-ereignissen, Berichtspflicht 26

Anlagen 1

PRÄAMBEL

In Umsetzung des § 87b SGB V wendet die KV Berlin bei der Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütung den unter Beachtung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten nachfolgenden Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung verschiedener geschlechterspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

§ 1 GELTUNGSBEREICH

(1) Dieser HVM gilt für die Verteilung der von allen gesetzlichen Krankenkassen (Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und der Knappschaft – nachfolgend Primärkassen genannt – und Ersatzkassen) für die Versorgung ihrer Versicherten mit Wohnort im Land Berlin entrichteten Gesamtvergütung. Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) und die sonstigen Zahlungen nach § 3 Abs. 4 des Honorarvertrages, unter Beachtung der aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) gemäß den Richtlinien der KBV zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen resultierenden Forderungen bzw. Verbindlichkeiten; die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie vertragliche Bestimmungen mit den Krankenkassen sind zu beachten.

(2) Dieser HVM gilt für alle im Bereich der KV Berlin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden, zugelassenen Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Eigeneinrichtungen der KV und Einrichtungen gem. § 402 Abs. 2 SGB V, auch soweit sie an einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft teilnehmen. Er gilt auch für die bei den zuvor genannten Leistungserbringern angestellten Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Er gilt ferner für Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1c und Abs. 5 SGB V, für Fachwissenschaftler der Medizin, für ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie für Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Rahmen eines vermittelten Termins der Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a SGB V und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen/Ärzte und Krankenhäuser, soweit sie ambulante Notfallleistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung oder Leistungen nach § 76 Abs. 1a SGB V erbringen. Die vorstehend Genannten, die den Regelungen des HVM unterliegen, werden aus Vereinfachungsgründen im Folgenden als „Ärzte“ bezeichnet.

§ 2 GRUNDSÄTZE DER HONORARVERTEILUNG

(1) Grundlage für die Honorarverteilung ist die krankenkassenübergreifende vorläufige MGV für das Abrechnungsquartal nach den Vorgaben des Honorarvertrages unter Berücksichtigung des zu erwartenden FKZ-Saldos (Forderungen/Verbindlichkeiten). Die vorläufige MGV wird ermittelt auf der Basis der letztverfügbaren Versichertenzahlen nach der Satzart ANZVER87a nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Der für das Abrechnungsquartal zu erwartende FKZ-Saldo ergibt sich aus den Zahlungen im Rahmen des FKZ des Vorjahresquartals.

(2) Die Leistungen, die Bestandteil der MGV und der in § 1 Abs. 1 HVM genannten sonstigen Zahlungen sind, werden den Ärzten – vorbehaltlich der nachfolgenden Regelungen – auf der Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V) und nach den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KV Berlin vergütet.

(3) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgt grundsätzlich eine arztindividuelle Steuerung der Honorarverteilung über Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV).

(4) Zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen, werden mengenbegrenzende Maßnahmen auch zur Steuerung von Leistungsbereichen eingesetzt, die außerhalb der in Abs. 3 genannten Steuerungsinstrumente vergütet werden.

(5) Die Leistungen werden auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals vergütet, für das sie eingereicht wurden.

(6) Die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen haben Auswirkung auf die Honorarverteilung der KV Berlin. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV Berlin wird nach Maßgabe der ANLAGE 7 HVM durchgeführt.

§ 2A STRUKTURFONDS NACH § 105 ABS. 1A SGB V

Die KV Berlin bildet zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V in entsprechender Höhe aus der MGV nach § 2. Die Höhe des Strukturfonds legt die Vertreterversammlung der KV Berlin durch Beschluss fest.

TEIL I: AUFTEILUNG DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG (MGV) UND VERWENDUNG DES FKZ-SALDOS

§ 3 FESTLEGUNG DER VERGÜTUNGSVOLUMEN

(1) Für die Vergütung der Ärzte gemäß § 87b SGB V (Honorarverteilung) werden folgende Vergütungsvolumen der Grundbeträge gemäß den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (nachfolgend KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung) Teil B (ANLAGE 1 zum HVM) gebildet:

1. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“,
2. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“,
3. Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages,
4. Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages,
5. Vergütungsvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages zur Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“,
6. Vergütungsvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages für die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“.

(2) Zur Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung werden zusätzlich Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. 5 des Honorarvertrages verwendet.

§ 4 BILDUNG VON HONORARVOLUMEN

Aus den Vergütungsvolumen der Grundbeträge gemäß § 3 Abs. 1 HVM werden unter Berücksichtigung des zu erwartenden FKZ-Saldos folgende Honorarvolumen gebildet:

1. Honorarvolumen des Grundbetrages „Labor“,
2. Honorarvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“,
3. Honorarvolumen des hausärztlichen Grundbetrages,
4. Honorarvolumen des fachärztlichen Grundbetrages,
5. Honorarvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages zur Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“ und
6. Honorarvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages für die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“.

§ 5 HAUSÄRZTLICHES RLV-VERTEILUNGSVOLUMEN

Das hausärztliche RLV-Verteilungsvolumen wird aus dem hausärztlichen Honorarvolumen nach § 4 Nr. 3 HVM unter Berücksichtigung der Regelungen in § 23 HVM sowie der nachfolgenden Vorwegabzüge gebildet:

(1) Für

- Sicherstellungsaufgaben,

- Praxisbesonderheiten,
- erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie
- Fehlschätzungen,

(2) für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,

(3) für die erwartete Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen für Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90 % Psychotherapie erbringen (AG 65),

(4) für die erwartete Vergütung inkl. anteiligen FKZ-Saldo der von Hausärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie von Hausärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 EBM,

(5) ein ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen in Höhe von 456.455 € je Quartal für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs, davon

a. pro Quartal 79.725 € für Besuche,
b. pro Quartal maximal 114.375 € für den Kindernotdienst,
c. für die Förderung der Kiezschwestern gemäß §3a Abs. 2 Satz 1 Punkt 12 HV,[1]
d. der verbleibende Restbetrag zur Finanzierung der geriatrischen Versorgung und der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung ohne EBM Kapitel 4 Leistungen,

(6) ein entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen zur weiteren Förderung besonderer Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag,

(7) ein Vergütungsvolumen entsprechend des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 für EBM-Kapitel 3 Leistungen und Hausbesuchsleistungen der GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM als „Hausarzt-MGV“,[2]

(8) ein Vergütungsvolumen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung für EBM-Kapitel 4 Leistungen (exkl. 04004 und 04005 EBM) als „Kinderarzt-MGV“,[3]

(9) ein Zuschlagsvolumen zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung als „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ für Leistungen der Kinderärzte in der pädiatrischen Versorgung nach dem EBM-Abschnitt 4.5 und in der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin nach dem EBM-Abschnitt 4.4 in Höhe von 150.000 €, sowie der verbleibende Restbetrag zur Finanzierung der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung (nur EBM Kapital 4 Leistungen) und der Sozialpädiatrie für Kinder- und Jugendärzte und[4]

[1] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.
[2] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.
[3] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.
[4] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

(10) für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten.

§ 6 FACHÄRZTLICHES RLV-VERTEILUNGSVOLUMEN

(1) Das fachärztliche RLV-Verteilungsvolumen wird aus dem fachärztlichen Honorarvolumen nach § 4 Nr. 4 HVM unter Berücksichtigung der Regelungen in § 23 HVM sowie der nachfolgenden Vorwegabzüge gebildet:

1. für
   - Sicherstellungsaufgaben,
   - Praxisbesonderheiten,
   - erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie
   - Fehlschätzungen,
2. für die erwartete Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
3. für die erwartete Vergütung gemäß Anlage 8 für pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19 als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals,
4. für die erwartete Vergütung gemäß Anlage 8 für diejenigen belegärztliche Leistungen, die innerhalb der MGV zu vergüten sind, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals,
5. für die erwartete Vergütung für Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V auf Basis des Vergütungsvolumens im Vorjahresquartal,
6. für die erwarteten Zahlungen für den Aufschlag bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln des § 9 Abs. 7 HVM basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
7. für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 21 Abs. 2 HVM ein Abzug in Höhe von 1 % des fachärztlichen Honorarvolumens,
8. für die erwartete Vergütung aus der MGV für anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie für Kinder gemäß Honorarvertrag § 3 Abs. 7,
9. für die erwartete Vergütung inkl. anteiligen FKZ-Saldo der von Fachärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM, von Fachärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 EBM sowie der Laborgrundpauschale GOP 12222 bis 12224 EBM und der Konsiliarpauschale GOP 12210 EBM,
10. für die erwartete Vergütung von ggf. neu ermächtigten fachärztlichen Instituten in den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung,

11. für die erwartete Vergütung von ermächtigten fachärztlichen Instituten nach den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung, basierend auf dem durchschnittlichen Honorar der ersten vier Quartale der Leistungserbringung,
12. ein ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen in Höhe von 862.200 € je Quartal für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs, davon
    - pro Quartal 107.775 € für Besuche,
    - pro Quartal 10.000 € für Anästhesien im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen bei Patienten mit Behinderung (GOP 05330 und 05331 i. V. m. EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 2. Spiegelstrich) sowie für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (GOP 05330 und 05331 i. V. m. EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 1. Spiegelstrich) und
    - der verbleibende Restbetrag zur Förderung der fachärztlichen Grundvergütung „PFG“,
13. ein entsprechend dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen zur weiteren Förderung besonderer Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag und
14. für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten.

(2) gestrichen

§ 7 ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE RLV UND QZV SOWIE BESONDERE VERTEILUNGSVOLUMEN (BVV)

(1) Die entsprechend der §§ 5 und 6 HVM ermittelten versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden aufgeteilt in

1. arztgruppenspezifische RLV (RLV_{AG}), für die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen,
2. die in der ANLAGE 6 HVM ausgewiesenen arztgruppenspezifischen QZV (QZV^{i}_{AG}) und
3. BVV.

(2) Die Berechnung der in Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannten Verteilungsvolumina erfolgt nach den Bestimmungen der Anlage 3 HVM.

(3) Von den QZV-Vergütungsanteilen (ANLAGE 3 Nr. 2 HVM), deren Zuweisung nach Leistungsfällen erfolgt (§ 10 Abs. 2 HVM), wird jeweils ein Vorwegabzug in Höhe von 2 von Hundert gebildet. Aus diesem Volumen erfolgt die Finanzierung der Leistungsfälle aufgrund neuer Anträge auf QZV-Zuweisung. Dabei entstehende Unter-/Überschüsse werden im Folgejahr als Übertrag im jeweiligen QZV-Vergütungsanteil berücksichtigt; bei der AG 33 erfolgt die Berücksichtigung aller QZV-Überträge ausschließlich im Vergütungsanteil des QZV 33. Der Vorstand beobachtet die Überträge und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob eine weitere Absenkung des Vorwegabzugs vorgenommen werden kann.

(4) Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten BVV werden für folgende Arztgruppen und Leistungsbereiche der MGV gebildet:

1. aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Pflegeheime (AG 73),

2. aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen werden für die AG 01, 04, 06 und 07 gesonderte BVV gemäß ANLAGE 4 gebildet,
3. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415,
4. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der sonstigen Leistungen
   - der Laborärzte (AG 51),
   - der Pathologen (AG 52) und
   - der Strahlentherapeuten (AG 53),
5. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Einrichtungen des KfH (AG 70),
6. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten (AG 61), der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (AG 62) sowie der ausschließlich psychotherapeutischen Ärzte (AG 64),
7. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (AG 63),
8. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der GOP 06225 für diejenigen Augenärzte der AG 09, die berechtigt sind, diese Leistung abzurechnen,
9. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der im Behandlungsfall zweiten abgerechneten GOP 17362 und/oder 17363 bei der AG30, wenn im selbigen Behandlungsfall die GOP 17330 oder 17332 und die GOP 17331 oder 17333 abgerechnet wurde und
10. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der GOP 13425 und 13426.

TEIL II: ARZTINDIVIDUELLE MENGENSTEUERUNG (RLV, QZV)

§ 8 GRUNDSÄTZE ZUM RLV UND QZV

(1) Das Regelleistungsvolumen (RLV) bzw. das ggf. qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 2 Abs. 2 HVM enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist.

(2) Die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM genannten Arztgruppen unterliegen der Mengensteuerung durch RLV/QZV. Ermächtigte Krankenhausärzte erhalten grundsätzlich das RLV und/oder QZV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

(3) Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis/MVZ aus der Addition der RLV aller Ärzte dieser Praxis/MVZ. Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten werden dabei nicht berücksichtigt. Ärzte, die zusätzlich in Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, erhalten für diese Tätigkeit kein zusätzliches RLV.

(4) Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen nach den Vorgaben des § 10 i. V. m. ANLAGE 6 HVM. Dabei ergibt sich die Höhe des praxisbezogenen QZV einer Arztpraxis/MVZ aus der Addition der QZV aller Ärzte dieser Praxis/MVZ, die zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigt sind (unabhängig vom Zulassungsstatus).

(5) Die Zuweisung des RLV/QZV erfolgt zur Gewährleistung einer Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars in Umsetzung von § 87b Abs. 2 SGB V grundsätzlich vor Beginn des jeweiligen Abrechnungsquartals.

(6) Veränderungen im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsumfang, die sich innerhalb des Quartals ergeben, werden erst im Folgequartal berücksichtigt.

(7) Ein RLV/R-QZV auf Basis des um 10 % abgesenkten Arztgruppendurchschnitts bzw. L-QZV auf Basis des Arztgruppendurchschnitts, wird im Abrechnungsquartal auf die tatsächlich erbrachten Fälle begrenzt.

(8) Ein RLV auf Basis des um 10 % abgesenkten Arztgruppendurchschnitts wird im Abrechnungsquartal zugewiesen, wenn aufgrund fehlender Abrechnungsdaten kein RLV berechnet werden kann. Bei Unterschreitung der zugewiesenen nach Satz 1 um 10 % abgesenkten durchschnittlichen RLV-Fallzahl erfolgt eine Begrenzung auf die tatsächlich erbrachten RLV-Fälle und eine RLV-Neuberechnung im Rahmen der Honorarfestsetzung.

(9) Eine RLV/QZV-Zuweisung wird je RLV und R-QZV auf 250 % der um 10 % abgesenkten durchschnittlichen RLV-/QZV-Fallzahl bzw. auf 250 % der durchschnittlichen L-QZV-Fallzahl der Arztgruppe begrenzt. Ärzte, deren RLV-/R-QZV-Fallzahl die um 10 % abgesenkte durchschnittliche RLV-/QZV-Fallzahl bzw. die durchschnittliche L-QZV-Fallzahl der Arztgruppe auf mehr als 250 % übersteigt, erhalten ein RLV/R-QZV unter Berücksichtigung einer Fallzahl in Höhe von 250 % der um 10 % abgesenkten durchschnittlichen RLV-/QZV-Fallzahl bzw. unter Berücksichtigung einer Fallzahl in Höhe von 250 % der durchschnittlichen L-QZV-Fallzahl der Arztgruppe. Eine darüberhinausgehende Fallzahl wird als objektiv unmöglich angesehen. Wenn ein QZV einer Arztgruppe von weniger als 80 % der Ärzte nach Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang abgerechnet wird, ist dieses QZV von der Kürzung ausgenommen.

§ 9 ERMITTLUNG DES RLV

(1) Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß ANLAGE 5 Nr. 1 HVM und der gemäß Absatz 2 definierten Fallzahl unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß Absatz 3 und der Fallzahlunterschreitung gemäß Absatz 4. Bei der Ermittlung des RLV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

(2) Für ein RLV relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Arztes gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä, bei denen für das Vorjahresquartal mindestens eine RLV-relevante Leistung zur Abrechnung eingereicht wurde (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. Honorarfestsetzungsbescheides (HFB)); ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst und Fälle, in denen ausschließlich nicht-RLV-relevante Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet wurden sowie Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Absatz 1 ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen wie folgt vorgegeben:

1. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
2. In BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

(3) Ab dem Q1/2024 wird zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit eine Fallzahlzuwachsbegrenzung je Praxis gegenüber der für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesenen RLV-Fallzahl der Praxis festgelegt. Die Zuwachsrate wird je Zuweisungsquartal bestimmt und ergibt sich als Faktor aus der letztverfügbaren Versichertenzahlen nach der Satzart ANZVER87a nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses geteilt durch die Versichertenzahlen nach der Satzart ANZVER87a nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses des Vorjahresquartals. Sollte die ermittelte Zuwachsrate negativ sein, wird diese auf den Wert Null gesetzt. Überschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um mehr als die quartalsspezifische Zuwachsrate, wird für die Ermittlung des RLV maximal die Fallzahlzuwachsgrenze verwendet. Ein Fallzahlzuwachs bis zur um 10 % abgesenkten durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe bleibt davon unberührt. Auf Antrag kann der Vorstand aus Sicherstellungsgründen Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung festlegen. Darüber hinaus kann der Vorstand für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung festlegen, wenn für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe im Planungsbereich (gemäß Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin) ein Versorgungsgrad von weniger als 110 % festgestellt wird; der Vorstand überprüft in diesem Fall quartalsweise die Auswirkungen der Ausnahmeentscheidung und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über eine etwaige Verlängerung der Maßnahme.

(4) Ab dem Q1/2024 wird eine Fallzahlauffangregelung eingeführt. Unterschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um bis zu 10 %, wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal weiterhin die zugewiesene Fallzahl des Vorjahresquartals verwendet. Bei Unterschreitungen um mehr als 10 % wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis um 10 % der zugewiesenen Fallzahl des Vorjahresquartals erhöht. Satz 1 und 2 findet keine Anwendung

- für Praxen, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal bereits nach Satz 1 oder Satz 2 angehoben wurde,
- für Praxen, die an Selektivverträgen nach § 73b oder § 140a SGB V mit Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung teilnehmen,
- für Praxen, die an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V teilnehmen oder
- soweit die Unterschreitung der ermittelten RLV-Fallzahl auf der Veränderung der Gebührenordnung bzw. der Ausgliederung von bisher RLV-relevanten Leistungen beruht.

(5) Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 175 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 50 % für RLV-Fälle über 175 % bis 200 % der um 10 % abgesenkten durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der um 10 % abgesenkten durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Die um 10 % abgesenkte Durchschnittsfallzahl wird je Arztgruppe ohne Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte ermittelt.

$$\frac{RLV - Behandlungsfälle\ des\ Vorjahresquartals\ je\ Arztgruppe}{Tätigkeitsumfang^{*}\ je\ Arztgruppe}$$

Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag der Vorstand im Einzelfall eine abweichende Regelung festlegen.

*Der Tätigkeitsumfang, welcher im entsprechenden Quartal für die RLV- Berechnung verwendet wurde, wird hier zu Grunde gelegt. Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wird mittels eines gewichteten Faktors berücksichtigt:

$$\left(\frac{RLV_{Arztfälle\ des\ VJQ\ je\ AG}}{(RLV_{Arztfälle\ des\ VJQ\ je\ AG} + ASV_{Arztfälle\ des\ VJQ\ je\ AG} + HZV_{Arztfälle\ des\ VJQ\ je\ AG})}\right) * TU$$

(6) Zur Berücksichtigung der Morbidität in der Arztpraxis ist das RLV gemäß Absatz 1 unter der Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß ANLAGE 5 Nr. 3 HVM zu ermitteln.

(7) Ab dem Q4/2023 wird zur angemessenen Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene RLV und QZV zu 80 von 100 wie folgt erhöht:

1. bei nicht standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 11 %,

2. bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe oder in denen Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind um 11 %,
3. in nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in % ausgewiesenen Anpassungsfaktoren.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in %	
Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %
0 bis unter 15	11
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
größer gleich 25	25

Der Kooperationsgrad (KG) im Abrechnungsquartal (in %) wird wie folgt berechnet:

$$\mathrm{KG} = \left(\frac{\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im VJQ}}{\text{relevante Behandlungsfallzahl der Arztpraxis im VJQ}} - 1\right) * 100$$

VJQ = Vorjahresquartal

(8) Im Rahmen des Job-Sharings tätige Ärzte werden nicht in die Förderung nach Absatz 7 Nr. 1 bis 3 einbezogen.

§ 10 ERMITTLUNG DER QZV

(1) Ein Arzt erhält für die in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereiche ein arztgruppenspezifisches QZV, wenn er

- in den für das Vorjahresquartal zur Abrechnung eingereichten Fällen gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. HFB) mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungsbereichs gemäß ANLAGE 6 HVM erbracht und abgerechnet hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.
- Das QZV wird praxisbezogen ermittelt. Dabei ergibt sich die Höhe des praxisbezogenen QZV einer Arztpraxis/MVZ je Versorgungsbereich aus der Addition der QZV aller Ärzte dieser Praxis/MVZ, die zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigt sind (unabhängig vom Zulassungsstatus).

(2) Die Berechnung der QZV erfolgt

- je RLV-Fall im Sinne des § 9 Abs. 2 HVM (R-QZV) unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß § 9 Abs. 3 HVM, der Fallzahlunterschreitung gemäß § 9 Abs. 4 HVM und des arztgruppenspezifischen Faktors (ANLAGE 5 HVM) oder
- je Leistungsfall (L-QZV).

Ein Leistungsfall definiert sich dadurch, dass der Arzt in dem im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechneten Behandlungsfall (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. HFB) mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungsbereichs gemäß ANLAGE 6 HVM erbracht und abgerechnet hat. Erbringen mehrere Ärzte derselben Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM einer Praxis bei einem

Versicherten Leistungen, die einem arztgruppenspezifischen QZV zuordnungsfähig sind, so wird der Leistungsfall für das jeweilige QZV zu gleichen Teilen auf diese Ärzte aufgeteilt. Für jeden in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereich ist dargestellt, ob sich das QZV je RLV-Fall oder je Leistungsfall berechnet. Aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes für das entsprechende QZV gemäß ANLAGE 5 Nr. 5 HVM und der arztindividuellen Fallzahl gemäß Satz 1 berechnet sich das QZV eines Arztes gemäß ANLAGE 5 Nr. 6 HVM.

§ 11 ANTRAG AUF ERHÖHUNG DER RLV/QZV-FALLZAHL

Auf Antrag des Arztes kann durch die KV Berlin das arzt-/praxisbezogene RLV/QZV durch eine Anhebung der RLV/QZV-Fallzahl erhöht werden. Ein Arzt kann einen Antrag stellen, wenn aufgrund

1. Urlaubs- oder krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
2. Urlaubs- oder krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
3. Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
4. Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
5. seiner Tätigkeit in einem Verwaltungsbezirk, der isoliert betrachtet für die betreffende bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe (gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie) einen Versorgungsgrad von weniger als 100%[5] aufweist,

eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten vorliegt oder wenn durch

6. einen außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grund eine niedrige arztindividuelle Fallzahl im Aufsatzquartal abgerechnet wurde (hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes).

§ 12 ERMITTLUNG DES RLV/QZV BEI NEUZULASSUNG

(1) Ein Arzt, der die vertragsärztliche Tätigkeit erstmals aufnimmt (Neuarzt), erhält ein RLV und die QZV auf der Basis der Fallzahl desjenigen Arztes, dessen Arztsitz übernommen wurde (Vorgängerarzt). Soweit diese Fallzahl aufgrund von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen geändert wird, ist diese geänderte Fallzahl ggf. auch rückwirkend für das RLV des neu tätigen Arztes maßgeblich. Für QZV, die als Voraussetzung eine Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder das Führen einer Zusatzbezeichnung erfordern, müssen diese für den Neuarzt vorliegen.

(2) Ein Neuarzt, der den Arztsitz nicht von einem Vorgängerarzt übernommen hat, erhält ein RLV auf der Basis der um 10 % abgesenkten AG-Durchschnitts-Fallzahl. Darüber hinaus kann auf Antrag ein QZV zugewiesen werden, soweit die hierfür erforderliche Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder die Zusatzbezeichnung vorliegen. In diesen Fällen erfolgt die Berechnung der R-QZV ebenfalls auf der Basis der um 10 % abgesenkten AG-Durchschnitts-Fallzahl bzw. der L-QZV auf der Basis der AG-Durchschnitts-Fallzahl, für das jeweilige QZV.

[5] Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, Internisten, Frauenärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen und Urologen gemäß Letter of Intent (LOI) der KV Berlin, für alle weiteren bedarfsplanungsrelevanten Arztgruppen erfolgt eine auftragsbezogene Berechnung.

(3) Ein Neuarzt, der in Einzelpraxis tätig ist, kann ab der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb einer Aufbauphase von 12 Quartalen bzgl. der RLV- bzw. R-QZV-Fallzahl auf den um 10 % abgesenkten Fachgruppendurchschnitt bzw. bei der L-QZV-Fallzahl auf den Fachgruppendurchschnitt wachsen. Soweit die gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 2 zugewiesene RLV- bzw. R-QZV-Fallzahl unterhalb des um 10 % abgesenkten Fachgruppendurchschnitts bzw. die gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 2 zugewiesene L-QZV-Fallzahl unterhalb des Fachgruppendurchschnitts liegt, im aktuellen Abrechnungsquartal durch den Arzt aber eine höhere Fallzahl abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde, wird diese RLV- bzw. R-QZV-Fallzahl begrenzt bis zur um 10 % abgesenkten durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe bzw. für das L-QZV-Fallzahl begrenzt auf die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe, im Rahmen der Honorarfestsetzung zugrunde gelegt; dies gilt für QZV nur, wenn im Abrechnungsquartal tatsächlich eine Leistung des betreffenden QZV nach ANLAGE 6 HVM abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde.

(4) Auf einen Neuarzt, der in der Kooperationsform einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ tätig ist, findet die Regelung des Abs. 3 nur dann Anwendung, wenn sowohl der konkrete, einzelne Neuarzt noch nicht länger als 12 Quartale an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnimmt, als auch die Kooperationsform als solche sich noch in der Aufbauphase von 12 Quartalen befindet. Für den Beginn der Aufbauphase ist bei Kooperationen auf deren Bestand abzustellen; bei der BAG ist der Zeitpunkt der erstmaligen Gründung maßgeblich, bei einem MVZ der Zeitpunkt der erstmaligen Zulassung.

(5) Ein Wachstum erfolgt in diesen Fällen maximal bis zu der Summe der um 10 % abgesenkten Fachgruppendurchschnitte aller in der BAG bzw. dem MVZ tätigen Ärzte einer Arztgruppe unter Berücksichtigung der Tätigkeitszeiträume und -umfänge; für die Berechnung werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb der BAG bzw. des MVZ herangezogen. Insbesondere die Einbringung einer Zulassung in eine bestehende Praxis, die Neuanstellung eines Arztes in einer bestehenden Praxis, der Austausch von angestellten Ärzten innerhalb der bestehenden Praxis, die Verlegung des Standortes der Praxis im selben Planungsbereich (gemäß Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin) oder der Wechsel der Organisationsform am selben Leistungsort begründen nicht einen Neubeginn der Aufbauphase.

(6) Überschreitet ein Neuarzt im Sinne dieser Vorschrift innerhalb der ersten 12 Quartale nach der erstmaligen Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Quartal die um 10 % abgesenkte durchschnittliche RLV- bzw. R-QZV-Fallzahl bzw. die durchschnittliche L-QZV-Fallzahl der Arztgruppe, gelten die vorgenannten Ausnahmeregelungen für das jeweils entsprechende Quartal der Folgejahre nicht mehr. Nach dem Ablauf von 12 Quartalen nach der erstmaligen Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit berechnet sich das RLV/QZV stets auf der Basis der Fallzahl des Vorjahresquartals.

(7) Für Neupraxen gilt: Liegt ein Abrechnungsquartal innerhalb der bestehenden Aufbauphase von 12 Quartalen (§ 12 Absatz 3 und 4 HVM) im Zeitraum einer Pandemie, verlängert sich der Zeitraum des Wachstumsanspruches um die Anzahl der von der Pandemie betroffenen Quartale.

§ 12A NEUZULASSUNG MVZ UND BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFT

(1) § 12 HVM gilt entsprechend für MVZ als Wachstumsgrenze im Sinne des § 12 HVM wird auf den gewichteten Mittelwert der um 10 % abgesenkten durchschnittlichen RLV-Fallzahl der im MVZ jeweils vertretenen Arztgruppen abgestellt; für die Berechnung werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb des MVZ herangezogen.

(2) Insbesondere die Einbringung einer bereits bestehenden Zulassung in ein MVZ, die Neuanstellung eines Arztes oder der Austausch von angestellten Ärzten innerhalb eines MVZ begründen nicht die Annahme einer „neuen Zulassung“ im Sinne des § 12 Abs. 1 HVM.

(3) Die Berufsausübungsgemeinschaft als solche ist vom Wachstum ausgeschlossen.

§ 13 WECHSEL DER ARZTGRUPPE

(1) Bei einem Wechsel der Arztgruppe durch einen Arzt sind die RLV-Vergütungsvolumen der entsprechenden Arztgruppen wie folgt anzupassen:

1. Die Berücksichtigung des Arztgruppenwechsels findet quartalsweise statt.
2. Erfolgt der Arztgruppenwechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.

(2) Bei einem Arztgruppenwechsel, der gleichzeitig einen Versorgungsbereichswechsel darstellt, sind die KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß Teil B Nr. 5 (ANLAGE 1 HVM) zu beachten.

§ 14 AUSSCHEIDEN AUS EINER BAG/MVZ

Beim Ausscheiden eines zugelassenen Arztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ erhält der Ausscheidende bei anschließender Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein RLV/QZV auf der Basis der um 10 % abgesenkten RLV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals. Die KV Berlin kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Arzt darlegt, dass ihm nachweislich eine höhere Fallzahl für die Berechnung des RLV/QZV zusteht. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel eine schriftliche, von sämtlichen Vertretungsberechtigten gemeinsam unterzeichnete Erklärung über die Aufteilung des RLV/QZV; bei MVZ ist die Erklärung vom ärztlichen Leiter zu unterzeichnen. Die Erklärung nach Satz 3 ist spätestens bis zur Bekanntgabe des RLV-/QZV-Bescheides für das Antragsquartal bei der KV Berlin einzureichen.

§ 15 PRAXISBESONDERHEITEN

Auf Antrag des Arztes kann die KV Berlin Praxisbesonderheiten anerkennen und das arzt-/praxisbezogene RLV/QZV durch eine prozentuale Anhebung des RLV/QZV erhöhen. Praxisbesonderheiten liegen vor, wenn

- eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung besteht und
- zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % im Vergleich zum individuellen Fallwert des entsprechenden Vorjahresquartals vorliegt. Von einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wird grundsätzlichen bei folgenden Leistungen/Leistungsbereichen ausgegangen:
  - Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen;
  - Durchführung von Leistungen nach GOP 01410, 01413;
  - Durchführung von Leistungen nach GOP 20330, 20331, 20335, 20336, 20351, 20352;
  - Durchführung von Leistungen nach GOP 34503, 34504, 34505 bei akuter oder chronischer Schmerzsymptomatik oder
  - Durchführung von Leistungen nach GOP 30130 durch Allergologen.

§ 15A ANTRAG AUF RLV-FALLZAHL-ÜBERTRAGUNG

Hat ein Arzt dem Arztregister eine vorübergehende Praxisschließung wegen Urlaub angezeigt, so kann er die Übertragung der zugewiesenen RLV/QZV-Fallzahl auf das entsprechende Quartal des Folgejahres beantragen. Bei Antragsstellung hat der Arzt auch die Anzahl der zu übertragenden RLV/QZV-Fälle anzugeben, wenigstens jedoch 15 % seiner RLV/QZV-Fallzahl. Die RLV/QZV-Fallzahl für das Urlaubsquartal wird entsprechend verringert. Die Frist zur Antragsstellung endet zum Ablauf des Quartals, in dem die Praxisschließung beantragt wurde. Die KV Berlin verringert nach Stattgabe des Antrags die RLV/QZV-Fallzahl des aktuellen Quartals in dem vom Arzt benannten Umfang und überträgt diese Fallzahl auf das entsprechende Quartal des Folgejahres.

§ 16 GESTRICHEN

§ 17 GESTRICHEN

TEIL III: LEISTUNGSVERGÜTUNG

§ 18 HONORIERUNG VON LEISTUNGEN DER HONORARVOLUMEN „LABOR“ UND „ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST UND NOTFALL“

(1) Die Kostenpauschalen GOP 40089 bis 40095 EBM, die im Zusammenhang mit laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen veranlasst werden, werden zu den Preisen der regionalen Euro Gebührenordnung vergütet.

Der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) und die veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderungen über Muster 10) werden aus dem gemäß § 4 Nr. 1 HVM gebildeten und nach Abzug der Vergütung nach Satz 1 verbleibenden Honorarvolumen (Grundbetrag „Labor“) unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM mit der Laborquote vergütet.

Die Laborquote ist eine rechnerische Quote, die sich aus der Leistungsanforderung (GOP 32001 und die veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM) des aktuellen Quartals im Verhältnis zum zur Verfügung stehenden Honorarvolumen gemäß § 4 Nr. 1 HVM, abzüglich der Kostenpauschalen Satz 1, errechnet. Die Laborquote beträgt Minimum 85 %.

(1a) Zur Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind („Nicht-Laborärzte“), erfolgt die Vergütung dieser Leistungen aus einem fallwertbezogenen Budget je Arztpraxis und Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Laborquote gemäß Abs. 1.

Die Höhe des Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Die Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets sind:

Arztgruppe	Referenz-Fallwerte in €
Rheumatologen, Endokrinologen	40,00
Nuklearmediziner, Hämatologen	21,00
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4,00

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)BAG, eines MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 € berücksichtigt. „Nicht-Laborärzten“ kann auf Antrag eine Erhöhung des Laborreferenzfallwertes gewährt werden, sofern Sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. Entsprechende Anträge können bis zum Ende der Abgabe der Abrechnungsunterlagen für das jeweilige Quartal gestellt werden.

(2) Aus dem Honorarvolumen nach § 4 Nr. 2 HVM werden Leistungen des von der KV Berlin organisierten Not(fall)dienstes - Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) - und für die Notfallbehand-

lung während der Zeiten des organisierten Notdienstes inkl. der dabei erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser, unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 in Verbindung mit Abschnitt 2 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

§ 19 VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN DER VERSORGUNGSBEREICHS-SPEZIFISCHEN VORWEGABZÜGE GEMÄß §§ 5 UND 6 HVM

(1) Die Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 werden versorgungsbereichsspezifisch aus den gemäß § 5 Nr. 2 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 HVM gebildeten Vorwegabzügen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(2) Pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19, die auf Überweisung zur Durchführung von Probenuntersuchungen veranlasst wurden, werden maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 HVM gebildeten Vorwegabzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

(3) Diejenigen belegärztlichen Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden, werden maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 4 HVM gebildeten Vorwegabzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung honoriert. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

(4) Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(5) Anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie für Kinder gemäß Honorarvertrag § 3 Abs. 7 aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 8 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(6) Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß § 5 Abs. 3 HVM werden unter der Berücksichtigung von § 20 zu demselben Preis vergütet, wie die Leistungen der BVV nach § 7 Abs. 4 Nr. 5 HVM.

(7) Die von Hausärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie die von Hausärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 EBM werden aus dem gemäß § 5 Nr. 4 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM mit der Laborquote gemäß § 18 Abs. 1 HVM vergütet.

(8) Die von Fachärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM, die von Fachärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 EBM sowie die Laborgrundpauschale GOP 12222 bis 12224 EBM und der Kon-

siliarpauschale GOP 12210 EBM werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 9 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM mit der Laborquote gemäß § 18 Abs. 1 HVM vergütet.

(9) Leistungen von neu ermächtigten fachärztlichen Instituten werden in den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 10 HVM gebildeten Vorwegabzug zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(10) Nach Ablauf eines Jahres werden Leistungen von neu ermächtigten fachärztlichen Instituten maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 11 HVM gebildeten Vorwegabzug zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

(11) Die abgerechneten GOPn 01412T und 01413T für Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten werden versorgungsbereichs-spezifisch aus den gemäß § 5 Nr. 10 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 14 HVM gebildeten Vorwegabzügen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 19A VERGÜTUNG DER LEISTUNGEN DER HUMANGENETIK „GENETISCHES LABOR“

Die Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“ gemäß Teil B Nr. 1.3 KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung (ANLAGE 1 HVM) werden maximal bis zur Höhe des Honorarvolumens gemäß § 4 Nr. 5 HVM unter Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 19B VERGÜTUNG DER LEISTUNGEN DER PFG

Die Leistungen der „PFG“ werden maximal bis zur Höhe des Honorarvolumens gemäß § 4 Nr. 6 HVM unter Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert. Mit dem Restbetrag nach § 6 Abs. 1 Nr. 12 HVM wird die „PFG“ entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.

§ 19C VERGÜTUNG DER FÖRDERLEISTUNGEN

Die Leistungen gemäß § 3 Abs. 2 HVM, § 5 Nr. 5 und 6 HVM, § 6 Abs. 1 Nr. 12 und 13 HVM werden entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert. Leistungen, die nicht innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, sind von der Förderung ausgenommen.[6]

§ 19D VERGÜTUNG DER VORWEGABZÜGE HAUSARZT-MGV UND KINDERARZT-MGV

Die Vorwegabzüge Hausarzt-MGV gemäß § 5 Abs. 7 HVM und Kinderarzt-MGV § 5 Abs. 8 HVM werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.[7]

[6] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

[7] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

§ 19E VERGÜTUNG DES VORWEGABZUGES FÖRDERUNG KINDER- UND JUGENDÄRZTE

Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 9 HVM werden entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert. Leistungen, die nicht innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, sind von der Förderung ausgenommen.[8]

§ 20 VERGÜTUNG DER LEISTUNGEN DER BVV

Die Leistungen der BVV nach § 7 Abs. 4 HVM werden maximal bis zur Höhe des jeweiligen BVV unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das jeweils bereitgestellte BVV überschreitet, wird die jeweilige arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 21 VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN DES RLV UND DER QZV

(1) Leistungen, die dem RLV oder dem QZV unterliegen, werden bis zur zugewiesenen RLV-/QZV-Gesamthöhe der Praxis unter der Berücksichtigung der Vorgaben in ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(2) Die, die zugewiesene RLV-/QZV-Gesamthöhe überschreitende Leistungsmenge wird aus dem Vorwegabzug gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 7 HVM zu abgestaffelten Preisen vergütet. Diese Preise ergeben sich aus der Quotierung der überschreitenden Leistungsmenge im Verhältnis zu den vorgenannten Abzügen.

§ 22 VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS NACH § 75 ABS. 1A SGB V

Leistungen, die ein Krankenhaus im Rahmen eines vermittelten Termins der Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a SGB V erbringt und bei der KV Berlin abrechnet, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Vergütungsbeträge aus der MGV werden im nächstmöglichen Quartal von dem jeweiligen Vergütungsvolumen nach § 3 Nr. 1, 5 und 6 HVM bzw. den arztgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 HVM des hausärztlichen oder § 7 Abs. 1 Nr. 1 HVM des fachärztlichen Versorgungsbereichs abgezogen.

§ 22A BESCHÄFTIGUNG EINES WEITERBILDUNGSASSISTENTEN (WBA)

In den Fällen der Beschäftigung eines WBA im Rahmen der Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V wird bei der Festlegung der Honorarkürzung wegen Ausdehnung der Praxis bzw. Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V berücksichtigt.

§ 22B HÄRTEFALLREGELUNG

(1) Verringert sich sowohl das Gesamthonorar als auch das Honorar je Fall einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann der Vorstand der KV Berlin im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren. Die Ausgleichszahlung erfolgt insbesondere nicht, wenn die Verringerung auf einer Veränderung des Leistungsangebotes der Praxis, der Veränderung der Gebührenordnung oder der Nichtfortgeltung von Sonderverträgen beruht. Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust bis 85 % des MGV-Fallwer-

[8] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

tes des Vorjahresquartals, höchstens jedoch bis 85 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.[9] Der Antrag ist ab Bekanntgabe des Honorarfestsetzungsbescheides bis spätestens einen Monat nach Bestandkraft des Honorarfestsetzungsbescheides für das jeweilige Quartal zu stellen.

(2) Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der Honorarverteilung auf die einzelnen Arztgruppen. Im Falle von erheblichen Verwerfungen kann der Vorstand Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

§ 23 AUSGLEICH DER VORWEGABZÜGE, ERMITTLUNG DER VERSORGUNGSBEREICHSSPEZIFISCHEN QUARTALSSALDEN UND BILDUNG VON RÜCKSTELLUNGEN

(1) Die in § 5 HVM und § 6 HVM gebildeten Vorwegabzüge sind mit Ausnahme des Vorwegabzuges für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 HVM innerhalb der Versorgungsbereiche verrechnungsfähig.

(2) Nach Quartalsabschluss erfolgt unter Berücksichtigung von Absatz 1 je Honorarvolumen der Grundbeträge nach § 4 Nr. 1 bis 6 HVM ein Abgleich der Ausgaben und Einnahmen. Die Ausgaben nach Satz 1 umfassen die quartalsspezifischen Ausgaben der Honorargutschriften und die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalsspezifischen Ausgaben (z. B. aus Nachvergütungen); die Einnahmen nach Satz 1 umfassen die quartalsspezifischen Einnahmen aus der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen anhand der für das abgerechnete Quartal ermittelten MGV unter Berücksichtigung des für das abgerechnete Quartal von der KBV übermittelten FKZ-Saldos sowie die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalsspezifischen Einnahmen (z. B. Rückforderungen). Die sich danach je Honorarvolumen der Grundbeträge nach § 4 Nr. 1 bis 6 HVM ergebenden Unter- oder Überschüsse werden nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil B Nr. 7 (ANLAGE 1 HVM) unter Berücksichtigung der Regelung in § 7 Abs. 2 HVM im Folgejahresquartal als Übertrag zu den Honorarvolumen des haus- und fachärztlichen Grundbetrages ausgeglichen.

(3) Zur Deckung von zukünftigen Ausgaben (z. B. aufgrund von Rechtsstreitigkeiten) kann der Vorstand der KV Berlin nach pflichtgemäßem Ermessen aus den Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages die Bildung von zweckgebundenen Rückstellungen beschließen. Unabhängig davon kann der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen beschließen, Rückstellungen auch aus einem etwaigen positiven Quartalssaldo im Sinne des Absatzes 2 zu bilden. Die Auflösung der Rückstellungen erfolgt durch Beschluss des Vorstandes; hieraus resultierende Beträge werden dem jeweiligen Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages wieder zugeführt.

(4) In einer Ausnahmesituation (z. B. kurzfristige gesetzliche Änderungen, Gerichtsentscheidungen oder nachträglichen MGV-Bereinigungen), welche eine erhebliche Belastung der ärztlichen Honorare darstellt, kann der Vorstand MGV-Gelder der folgenden Quartale mitnutzen. Hierbei kann der Vorstand Abzüge auf die zukünftigen Quartale berechnen und in das Quartal übertragen, wo die Belastung des ärztlichen Honorars verortet ist. Als Orientierung für den Stützungsbetrag gelten die Werte des Quartals nach § 23 Abs. 2 HVM. Über Maßnahmen nach § 23 Abs. 4 HVM berichtet der Vorstand quartalsweise gegenüber dem Honorarverteilungsausschuss.

[9] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

§ 23A MAßNAHMEN ZUR SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG, SONDERREGELUNGEN IM RAHMEN VON AUSNAHME-EREIGNISSEN, BERICHTSPFLICHT

(1) Abweichend von den vorstehenden Regelungen kann ein etwaiger positiver Quartalssaldo im Sinne des § 23 Absatz 2 HVM auch versorgungsbereichsspezifisch zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung verwendet werden. Zu diesem Zweck kann der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen im jeweiligen Abrechnungsquartal über eine Stützung des rechnerischen Punktwertes für Leistungen nach den §§ 18 bis 21 HVM entscheiden. Eine Stützung erfolgt höchstens bis zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Im Falle einer von der Bundesregierung beschlossenen epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist der Vorstand in Ausübung pflichtgemäßen Ermessens ferner berechtigt, einen etwaigen positiven Quartalssaldo im Sinne des § 23 Absatz 2 HVM zur Sicherstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der medizinischen Versorgung zu verwenden (z. B. in Form von Sonderpauschalen für MGV-relevante Leistungen).

(3) Im Falle von Honorarverwerfungen oder zu erwartenden Honorarverwerfungen in den rechnerischen Punktwerten gemäß §§ 18 bis 20 HVM aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder des Erweiterten Bewertungsausschusses, kann der Vorstand nach pflichtgemäßen Ermessen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung und zur Gewährleistung einer größeren ärztlichen Planungssicherheit ergreifen. Er kann insbesondere die nach Teil B Nr. 1.1 der Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung gebildeten Vorwegabzüge rechnerisch so umverteilen, dass innerhalb eines Zeitraumes von 4 Quartalen ein möglichst gleichbleibender Vergütungspunktwert gewährleistet wird. Hierdurch soll eine rechnerische Glättung des Vergütungspunktwertes der Honorare gemäß §§ 18 bis 20 HVM erreicht werden. Die Berechnung gliedert sich dabei in die nachfolgenden Schritte:

1. Festlegung desjenigen Vorwegabzugs aus den §§ 18 bis 20 HVM, auf den sich die rechnerische Glättung bezieht.
2. Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungspunktwertes der vier letzten abgerechneten Quartale. Dabei werden der gesamte angeforderte Leistungsbedarf des jeweiligen Vorwegabzugs nach Nr. 1 in € als Summe sowie das dafür bereitstehende Vergütungsvolumen als Summe der letzten vier Quartale berücksichtigt.

$$durchschnittlicher\ Vergütungspunktwert = \frac{\text{Summe Vergütungsvolumen Quartale 1 bis 4 in €}}{Summe\ Leistungsbedarf\ Quartale\ 1\ bis\ 4\ in\ €}$$

3. Ermittlung der prozentualen Abweichung des Vergütungspunktwertes der Leistungen des jeweiligen Vorwegabzugs des einzelnen Quartals zum durchschnittlichen Vergütungspunktwert nach Nr. 2.
4. Soweit in einem oder mehreren der letzten 4 Quartale der Vergütungspunktwert größer ist als der nach Nr. 2 ermittelte durchschnittliche Vergütungspunktwert, werden die Vergütungsvolumina der jeweiligen Parallelquartale des Folgejahres anteilig um den entsprechenden prozentualen Wert reduziert.
5. Soweit in einem der letzten 4 Quartale der Vergütungspunktwert kleiner ist, als der nach Nr. 2 ermittelte durchschnittliche Vergütungspunktwert, werden die Vergütungsvolumina der jeweiligen Parallelquartale des Folgejahres anteilig um den sich aus dem nach Nr. 4 ergebenden Überschuss angehoben.

Das einzuspielende Volumen wird also prozentual auf die Vergütungsvolumina der jeweiligen Parallelquartale des Folgejahres verteilt, für die im Basiszeitraum ein unterdurchschnittlicher Vergütungspunktwert ermittelt wurde. Die prozentualen Werte werden ermittelt, indem dasjenige Volumen bestimmt wird, welches fehlt, um den durchschnittlichen Vergütungspunktwert nach Nr. 2 zu erreichen. Dieses Volumen wird ins Verhältnis gesetzt zur Summe aller Volumen gemäß Nr. 4.

6. Es ist sicherzustellen, dass diese Maßnahmen sich auf abzugrenzende Honorarsegmente gemäß §§ 18 bis 20 HVM beziehen. Die Vorwegabzüge wie Einspielungen müssen nach vier Quartalen ausgeglichen sein, so dass keine Restbeträge verbleiben.[10]

(4) Über Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 2 berichtet der Vorstand quartalsweise gegenüber dem Honorarverteilungsausschuss; anlassbezogen bittet der Honorarverteilungsausschuss um Berichterstattung in der Vertreter-versammlung.

(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 3 gelten für alle Quartale, für die der Honorarfestsetzungsbescheid zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses HVM noch nicht bestandkräftig ist.

[10] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 10.07.2025.

ANLAGEN

ANLAGE 1: Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung in der jeweils geltenden Fassung

ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der RLV, der QZV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

ANLAGE 4: Besondere Verteilungsvolumen (BVV) der AG 01, 04, 06 und 07

ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbiditätsfaktors

ANLAGE 6: Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars

ANLAGE 8: Berechnung der Vorwegabzüge nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4

ANLAGE 1 VORGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG ZUR HONORARVERTEILUNG IN DER JEWEILS GELTENDEN FASSUNG

Es gelten die im jeweiligen Quartal aktuellen Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung (Teil A bis Teil G)

ANLAGE 2 ARZTGRUPPEN, DIE DER MENGENSTEUERUNG DER RLV, DER QZV SOWIE SONSTIGER VERGÜTUNGSBEREICHE UNTERLIEGEN

1. Fachärztlicher Versorgungsbereich

AG-Nr.	RLV- und QZV Arztgruppe (AG)
08	Fachärzte für Anästhesiologie
09	Fachärzte für Augenheilkunde
10	Fachärzte für Chirurgie
11	Fachärzte für Neurochirurgie
12	Fachärzte für Gynäkologie
13	Reproduktionsmediziner[11]
14	Fachärzte für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde
15	Fachärzte für Dermatologie
16	Humangenetiker
17	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt
18	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie
19	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie
20	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie
21	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (konvent.)
22	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (invasiv)
23	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- u. Bronchialheilkunde, Lungenärzte
24	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie
25	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie
26	Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
27	Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie / Fachärzte für Neurologie
29	Fachärzte für Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie
30	Fachärzte für Nuklearmedizin
31	Fachärzte für Orthopädie
32	Fachärzte für Phoniatrie u. Pädaudiologie

[11] Voraussetzung für Fachärzte für Gynäkologie zur Zuordnung in die Arztgruppe Reproduktionsmediziner ist das Vorliegen einer Abrechnungsgenehmigung für die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08536, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 sowie die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen des EBM-Abschnitts 8.5 in 15 % der abgerechneten Behandlungsfälle. Auf Antrag kann der Wechsel der Arztgruppe der Reproduktionsmediziner zur Arztgruppe Facharzt für Gynäkologie erfolgen. Ein Rückwechsel ist möglich. Ein Wechsel der Arztgruppenzugehörigkeit ist für vier Quartale bindend. | Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

33	Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Radiologische Diagnostik, Fachärzte für Diagnostische Radiologie
36	Fachärzte für Urologie
37	Fachärzte für Physiotherapie / Physikalische u. Rehabilitative Medizin
39	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie

Die Bezeichnung „(Versorgungs-)Schwerpunkt“ bei den AGn 18 – 25 und AG 39 bestimmt sich nach dem Versorgungsauftrag/Versorgungsschwerpunkt, mit dem der jeweilige Vertragsarzt zu vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist oder einer entsprechenden Genehmigung gemäß der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (Deutsche Ärzteblatt/ Jg. 102/ Heft 1-2/ 10.Januar 2005).

2. Psychotherapeutische Fachgruppen

2.1. Hausärztlicher Versorgungsbereich

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
65	Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90 % Psychotherapie erbringen

2.2. Fachärztlicher Versorgungsbereich

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
61	Psychologische Psychotherapeuten
62	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
63	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
64	Ärzte, die gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90 % Psychotherapie erbringen und gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen

3. Relevante Arztgruppen der KV Berlin, die nicht der Systematik der RLV unterliegen, deren Leistungsbedarf aber dem Versorgungsbereich zugeordnet wird.

3.1. Hausärztlicher Versorgungsbereich

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
01	Hausärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
04	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie alle Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die über weitere Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildungen verfügen und nicht gesondert aufgeführt worden sind
06	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie
07	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie
65	Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90 % Psychotherapie erbringen
73	Pflegeheime
98	ÄBD-Ärzte (nicht Vertragsärzte)

3.2. Fachärztlicher Versorgungsbereich

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
50 / 51	Laborgemeinschaften / Laborärzte (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
52	Pathologen (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
53	Strahlentherapeuten (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
61	Psychologische Psychotherapeuten (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
62	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
63	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
64	Ärzte, die gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90 % Psychotherapie erbringen und gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
66	Gesundheitszentrum für Flüchtlinge
70	KfH (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
74	Institute (Fachärztlich) (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
77	Geriatrische Institutsambulanz

ANLAGE 3 BERECHNUNG DER VERGÜTUNGSANTEILE RLV, QZV, BVV

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}^{RLV}}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

- LB_{AG}^{RLV} = Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM.
- LB_{VB} = Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten aller Arztgruppen gemäß ANLAGE 2 HVM eines Versorgungsbereichs im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM. Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §5 bzw. 6 HVM zuzüglich der Bereinigungssumme gemäß ANLAGE 7 Abschnitt 5.
- VV_{VB}^{RLV} = Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM. Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§5 bzw. 6 HVM zuzüglich der Bereinigungssumme gemäß ANLAGE 7 Abschnitt 5.

2. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM (QZV iAG)

$$QZV_{AG}^{i} = \frac{\left(LB_{AG}^{i}\right)}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

- LB_{AG}^{i}= Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden.
- i = Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM. Hierbei wird bei, QVZ 102 die GOP 17362 und/oder 17363 nicht gezählt, wenn diese Leistung im Behandlungsfall zum zweiten Mal abgerechnet wurde und im Behandlungsfall die GOP 17330 oder 17332 und 17331 oder 17333 abgerechnet wurde. Ab der dritten Leistung wird diese wieder für das QZV 102 berücksichtigt.
- VV_{VB}^{RLV} = Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§5 bzw. 6 HVM zuzüglich der Bereinigungssumme gemäß ANLAGE 7 Abschnitt 5.

3. Berechnung des Vergütungsbereichs je besonderen Verteilungsvolumen (BVV)

$$BVV_{}^{o} = \frac{LB_{BVV}^{o}}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

- $\mathrm{LB}_{\mathrm{BVV}}^{\mathrm{o}}$ = Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 HVM im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines besonderen Verteilungsvolumen vergütet werden.
- $\mathrm{O} =$ Besonderes Verteilungsvolumen gemäß § 7 Abs. 4 HVM.[12]
- $\mathrm{VV}_{\mathrm{VB}}^{\mathrm{RLV}} =$ Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM zuzüglich der Bereinigungssumme gemäß ANLAGE 7 Abschnitt 5.

[12] Änderung zum 01.04.2026 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 12.03.2026.

ANLAGE 4 BESONDERE VERTEILUNGSVOLUMEN (BVV) DER AG 01, 04, 06 UND 07

BVV DER AG 04, 06 UND 07

Nr.	BVV	GOP
1.	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33060, 33061, 33062, 33076, 33041, 33051, 33063, 33064
2.	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
3.	Allergologie und Hyposensibilisierung	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131
4.	ehemalige RLV-Leistungen	sonstige Leistungen

BVV DER AG 01

Nr.	BVV	GOP
1.	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
2.	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung/ Versorgung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 30700, 30702, 30704, 30708
3.	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33060, 33061, 33062
4.	ehemalige RLV und QZV-Leistungen	sonstige Leistungen

ANLAGE 5 BERECHNUNG DER RLV, DER QZV UND DES MORBIDITÄTSFAKTORS

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

$$FW_{AG} = \frac{(RLV_{AG} + (RLV_{AG} * F_{AG}))}{FZ_{AG}}$$

- RLV_{AG} = Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2 HVM.
- F_{AG} = Arztgruppenspezifischer Faktor aus den herab- bzw. hinzugesetzten Fällen (Fallzahlauffangregelung gemäß § 9 Abs. 4 HVM bzw. Fallzahlzuwachsbegrenzung § 9 Abs. 3 HVM) aus dem Vorjahresquartal und den tatsächlich abgerechneten Fällen aus dem Vorvorjahresquartal; sollte der ermittelte Faktor negativ sein, wird dieser auf den Wert Null festgesetzt.
- FZ_{AG} = Anzahl der RLV-Fälle gemäß § 9 Abs. 2 HVM einer Arztgruppe im Vorjahr

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} * FZ_{Arzt}$$

- FW_{AG} = Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.
- FZ_{Arzt} = Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß § 9 Abs. 2 HVM eines Arztes im Vorjahresquartal

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach § 15 HVM festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß § 8 Abs. 4 HVM aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen gemäß § 9 Abs. 6 HVM

Zur Berücksichtigung der Morbidität ist das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung des Versichertenalters wie folgt zu ermitteln:

- f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten
- n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr

- n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr
- n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr
- n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f * \frac{f}{i} + n_g * \frac{g}{i} + n_h * \frac{h}{i}}{n}$$

Die Differenzierung nach Altersgruppen entfällt für die Altersgruppen mit weniger als 50 RLV-Fällen pro Jahr in der Arztgruppe.

4. gestrichen

5. Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

$$FW_{AG}^{i} = \frac{QZV_{AG}^{i}}{FZ_{AG}^{i}}$$

- QZV_{AG}^{i} = Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 6.
- FZ_{AG}^{i} = Anzahl der RLV-Fälle oder der Leistungsfälle gemäß § 10 Abs. 2 HVM derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben.
- i = qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 6 HVM.

6. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

$$QZV_{Arzt}^{i} = FW_{AG}^{i} * FZ_{Arzt}^{i}$$

- FZ_{Arzt}^{i} = Anzahl der RLV-Fälle oder Leistungsfälle § 10 Abs. 2 HVM eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der RLV-Fallzahlsteuerung gemäß § 9 Abs. 3 HVM und § 9 Abs. 4 HVM.

ANLAGE 6 QZV

23 FÄ Int. mit SP Pneumologie = Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- u. Bronchialheilkunde

FÄ Int. mit SP = Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
08	Anästhesisten	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
08	Anästhesisten	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
08	Anästhesisten	35	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372		R
08	Anästhesisten	36	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	L	
08	Anästhesisten	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
08	Anästhesisten	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
08	Anästhesisten	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
08	Anästhesisten	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
08	Anästhesisten	53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30708	L	
08	Anästhesisten	54	Schwangerschaftsabbruch	01903, 01910, 01913	L	
08	Anästhesisten	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
08	Anästhesisten	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	L	
08	Anästhesisten	111	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30704	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
09	Augenärzte	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
09	Augenärzte	13	Elektroophtalmologie	06312	L	
09	Augenärzte	15	Fluoreszenzangiographie	06331		R
09	Augenärzte	26	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343		R
09	Augenärzte	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
09	Augenärzte	56	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011	L	
09	Augenärzte	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
10	Chirurgen	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
10	Chirurgen	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
10	Chirurgen	04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R
10	Chirurgen	09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
10	Chirurgen	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
10	Chirurgen	16	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	L	
10	Chirurgen	17	Gastroenterologie II	13662, 13663, 13664, 13670	L	
10	Chirurgen	41	Phlebologie	30500, 30501	L	
10	Chirurgen	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
10	Chirurgen	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
10	Chirurgen	47	Proktologie	30600, 30601		R

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
10	Chirurgen	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
10	Chirurgen	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
10	Chirurgen	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
10	Chirurgen	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
10	Chirurgen	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
10	Chirurgen	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
10	Chirurgen	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
10	Chirurgen	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
11	Neurochirurgen	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
11	Neurochirurgen	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
11	Neurochirurgen	04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
11	Neurochirurgen	09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
11	Neurochirurgen	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
11	Neurochirurgen	16	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
11	Neurochirurgen	17	Gastroenterologie II	13662, 13663, 13664, 13670	L	
11	Neurochirurgen	41	Phlebologie	30500, 30501	L	
11	Neurochirurgen	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
11	Neurochirurgen	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
11	Neurochirurgen	47	Proktologie	30600, 30601		R
11	Neurochirurgen	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
11	Neurochirurgen	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
11	Neurochirurgen	53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
11	Neurochirurgen	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
11	Neurochirurgen	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
11	Neurochirurgen	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241,	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
				34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		
11	Neurochirurgen	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
11	Neurochirurgen	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
11	Neurochirurgen	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
12	Gynäkologen	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
12	Gynäkologen	18	Geburtshilfe	08231	L	
12	Gynäkologen	21	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311	L	
12	Gynäkologen	28	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	L	
12	Gynäkologen	32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	L	
12	Gynäkologen	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
12	Gynäkologen	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
12	Gynäkologen	47	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601	L	
12	Gynäkologen	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
12	Gynäkologen	49	Reproduktionsmedizin	08230		R
12	Gynäkologen	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
12	Gynäkologen	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
12	Gynäkologen	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
12	Gynäkologen	66	Zytologie	01826, 08315, 19310, 19319, 19312, 19327, 19328	L	
12	Gynäkologen	80	Sonographie mit Kontrastmittel	08341	L	
12	Gynäkologen	81	Zuschläge zur Sonographie	33091, 33092		R
13	Reproduktionsmed.	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
13	Reproduktionsmed.	18	Geburtshilfe	08231		R
13	Reproduktionsmed.	21	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311	L	
13	Reproduktionsmed.	28	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	L	
13	Reproduktionsmed.	32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	L	
13	Reproduktionsmed.	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
13	Reproduktionsmed.	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		R
13	Reproduktionsmed.	47	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601		R
13	Reproduktionsmed.	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
13	Reproduktionsmed.	49	Reproduktionsmedizin	08230		R
13	Reproduktionsmed.	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
13	Reproduktionsmed.	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
13	Reproduktionsmed.	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
13	Reproduktionsmed.	66	Zytologie	01826, 08315, 19310, 19319, 19312, 19327, 19328	L	
14	HNO-Ärzte	08	Bronchoskopie	09315, 09316	L	
14	HNO-Ärzte	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
14	HNO-Ärzte	45	Polysonographie	30901	L	
14	HNO-Ärzte	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
14	HNO-Ärzte	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
14	HNO-Ärzte	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
14	HNO-Ärzte	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	L	
15	Hautärzte	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
15	Hautärzte	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
15	Hautärzte	04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R
15	Hautärzte	11	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324		R
15	Hautärzte	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
15	Hautärzte	19	Histologie	19310, 19319, 19312, 19315, 19320, 19327, 19328	L	
15	Hautärzte	20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130		R
15	Hautärzte	41	Phlebologie	30500, 30501		R
15	Hautärzte	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
15	Hautärzte	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
15	Hautärzte	47	Proktologie	30600, 30601		R
15	Hautärzte	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
15	Hautärzte	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
15	Hautärzte	55	Sonographie Haut	33080, 33081	L	
15	Hautärzte	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
15	Hautärzte	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313		R
15	Hautärzte	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
17	FÄ Int. ohne SP	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
17	FÄ Int. ohne SP	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
17	FÄ Int. ohne SP	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
17	FÄ Int. ohne SP	04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	L	
17	FÄ Int. ohne SP	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
17	FÄ Int. ohne SP	20	Hyposensibilisierung	30130	L	
17	FÄ Int. ohne SP	24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
17	FÄ Int. ohne SP	25	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310		R
17	FÄ Int. ohne SP	27	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	L	
17	FÄ Int. ohne SP	31	Langzeit-EKG	13252, 13253	L	
17	FÄ Int. ohne SP	41	Phlebologie	30500, 30501		R
17	FÄ Int. ohne SP	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
17	FÄ Int. ohne SP	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		R
17	FÄ Int. ohne SP	47	Proktologie	13257, 30600, 30601	L	
17	FÄ Int. ohne SP	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
17	FÄ Int. ohne SP	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
17	FÄ Int. ohne SP	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
17	FÄ Int. ohne SP	53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
17	FÄ Int. ohne SP	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
17	FÄ Int. ohne SP	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
17	FÄ Int. ohne SP	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
17	FÄ Int. ohne SP	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
17	FÄ Int. ohne SP	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
17	FÄ Int. ohne SP	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
17	FÄ Int. ohne SP	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
18	FÄ Int. mit SP Endokrinologie	98	Oberbauch-Sonographie	33042	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastroenterologie	04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R
19	FÄ Int. mit SP Gastroenterologie	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastroenterologie	20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastroenterologie	24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	27	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	31	Langzeit-EKG	13252, 13253	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	41	Phlebologie	30500, 30501		R
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreu-ung	01510, 01511, 01512	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	47	Proktologie	13257, 30600, 30601		R
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
19	FÄ Int. mit SP Gastro-enterologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
19	FÄ Int. mit SP Gastroenterologie	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313		R
19	FÄ Int. mit SP Gastroenterologie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
19	FÄ Int. mit SP Gastroenterologie	89	Ösophagogastroduodenoskopie	13400		R
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	16	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	L	
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293,	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
				34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	94	Praxisklinische Tagesbetreuung	01510, 01511, 01512		R
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	96	Bluttransfusion	02110, 02111		R
20	FÄ Int. mit SP Hämatologie/Onkologie	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	56	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234,	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
				34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
21	FÄ Int. mit SP Kardiologie (konvent.)	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	23	Invasive Kardiologie	01520	L	
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	56	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234,	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
				34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313		R
22	FÄ Int. mit SP Kardiologie (invasiv)	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
23	FÄ Int. mit SP Pneumologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
23	FÄ Int. mit SP Pneumologie	08	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	L	
23	FÄ Int. mit SP Pneumologie	20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130		R
23	FÄ Int. mit SP Pneumologie	45	Polysomnographie	30901	L	
23	FÄ Int. mit SP Pneumologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	39	Osteodensitometrie	34600	L	
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	94	Praxisklinische Tagesbetreuung	01510, 01511, 01512		R
24	FÄ Int. mit SP Rheumatologie	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
25	FÄ Int. mit SP Nephrologie	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
25	FÄ Int. mit SP Nephrologie	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
25	FÄ Int. mit SP Nephrologie	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
25	FÄ Int. mit SP Nephrologie	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
25	FÄ Int. mit SP Nephrologie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
26	Kinder- u. Jugendpsychiater	38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
26	Kinder- u. Jugendpsychiater	90	Funktionelle Entwicklungstherapie	14310, 14311		R
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	01	Akupunktur	30790, 30791	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	05	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231		R
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		R
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	91	Messung Blinkreflex, Neurophysiologische Untersuchung, Zuschlag für elektrophysiologische Leistungen	16320, 16321, 16322	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	92	Lumbalpunktion	02342	L	
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	L	
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	06	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21230, 21231		R
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142	L	
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	L	
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
30	Nuklearmediziner	33	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	
30	Nuklearmediziner	34	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	L	
30	Nuklearmediziner	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
30	Nuklearmediziner	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
30	Nuklearmediziner	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
30	Nuklearmediziner	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
30	Nuklearmediziner	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01102		R
30	Nuklearmediziner	115	Myokardszintigraphie unter Belastung	17330, 17332	L	
30	Nuklearmediziner	116	Myokardszintigraphie in Ruhe	17331, 17333	L	
30	Nuklearmediziner	102	SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera u. Doppel-Mehrkopf-kamera	17362, 17363	L	
31	Orthopäden	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
31	Orthopäden	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
31	Orthopäden	09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
31	Orthopäden	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
31	Orthopäden	38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
31	Orthopäden	39	Osteodensitometrie	34600	L	
31	Orthopäden	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
31	Orthopäden	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreu-ung	01510, 01511, 01512	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
31	Orthopäden	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
31	Orthopäden	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
31	Orthopäden	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
31	Orthopäden	53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
31	Orthopäden	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
31	Orthopäden	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
31	Orthopäden	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
31	Orthopäden	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
31	Orthopäden	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	40	Otoakustische Emissionen	20324	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	42	Phoniatrie	20330, 20331, 20332, 20333	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	93	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung	20370, 35600, 35601	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	101	Objektive Stimmanalyse	20351, 20352	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	112	Elektrische Reaktionsaudiometrie	20327, 20340	L	
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	113	Pädaudiologie	20335, 20336	L	
33	Radiologen	10	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505	L	
33	Radiologen	22	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	L	
33	Radiologen	28	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	L	
33	Radiologen	33	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	
33	Radiologen	34	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	L	
33	Radiologen	39	Osteodensitometrie	34600	L	
33	Radiologen	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
33	Radiologen	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
33	Radiologen	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
33	Radiologen	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234,	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
				34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		
33	Radiologen	105	Leistungen der Nuklearmedizin (Kap. 17 EBM)	17210, 17214, 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373	L	
33	Radiologen	107	Mamma-Sonographie	33041	L	
36	Urologen	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
36	Urologen	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
36	Urologen	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
36	Urologen	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
36	Urologen	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
36	Urologen	66	Zytologie	01826, 19310, 19319, 19312, 19327, 19328	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
37	Ärzte für Physiotherapie / Ärzte für Physikalische u. Rehabilitative Medizin	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
37	Ärzte für Physiotherapie / Ärzte für Physikalische u. Rehabilitative Medizin	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
37	Ärzte für Physiotherapie / Ärzte für Physikalische u. Rehabilitative Medizin	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
37	Ärzte für Physiotherapie / Ärzte für Physikalische u. Rehabilitative Medizin	53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
37	Ärzte für Physiotherapie / Ärzte für Physikalische u. Rehabilitative Medizin	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	22	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	23	Invasive Kardiologie	01520	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	24	Polygraphie	30900	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	25	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310		R
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	27	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	31	Langzeit-EKG	13252, 13253	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	41	Phlebologie	30500, 30501		R
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		R
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	Fallzählung	
					Leistungs-Fall	RLV-Fall
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313		R
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
39	FÄ Int. mit dem SP Angiologie	108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R

ANLAGE 7 BEREINIGUNG DES ZU ERWARTENDEN HONORARS

Die KV Berlin bereinigt das zu erwartende Honorar gemäß § 87b Abs. 4 SGB V:

1. Allgemeine Grundsätze:

(1) Maßgeblich für die Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(2) Die Bereinigung des zu erwartenden Honorars erfolgt für die gleichen Quartale und in Verbindung mit Abs. 10 in der Höhe, in denen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.

(3) Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach den §§ 83, 85 und 87a SGB V der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.

(4) Nimmt ein Versicherter einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Bezirk der KV Berlin (Wohnort-KV) an einem Selektivvertrag in einem anderen KV-Bereich (Vertrags-KV) teil, wird die MGV-Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen.

(5) Der Grundsatz der kassenartenübergreifenden Festlegung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina wird beibehalten.

(6) Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen.

(7) Die Bereinigung des zu erwartenden Honorars erfolgt grundsätzlich bei den Ärzten, die den im aktuellen Quartal neu am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten (Neueinschreiber) im Vorjahresquartal versorgt haben. Hierfür werden die mit den Krankenkassen abgestimmten vertrags-, versicherten- und arztbezogenen Bereinigungsdaten (Krankenkassenbereinigungsdaten) herangezogen.

(8) Die Bereinigung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina betrifft nur diejenigen Ärzte, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle, die der Mengensteuerung über Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegen.

(9) nicht besetzt

(10) Auswirkungen der MGV-Bereinigungen auf die Höhe der Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5und 6 HVM sowie der Vorwegabzüge gemäß § 5 Nr. 2, 4 und 7 HVM, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM sowie der besonderen Verteilungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 HVM werden entsprechend ihrer Anteile am Bereinigungsbetrag berücksichtigt.[13]

2. Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGV-Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen:

(1) Der MGV-Bereinigungsbetrag je Selektivvertrag für die Neueinschreiber mit einem bereinigten Behandlungsbedarf aus dem Vorjahresquartal wird auf die von der Bereinigung betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5 und 6 HVM, § 5 Nr. 2, 4 und 7 HVM, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM und § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 HVM entsprechend dem Anteil am bereinigten Behandlungsbedarf aus dem Vorjahresquartal nach den Krankenkassenbereinigungsdaten verteilt und die betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6, § 5

[13] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

Nr. 2 4 und 7, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM; § 7 Abs. 1 Nr. 3 HVM entsprechend verringert.[14]

(2) Der nach Absatz 1 auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Restbereinigungsbetrag je bereinigungsrelevanter Arztgruppe wird je Selektivvertrag gemäß den Krankenkassenbereinigungsdaten anhand der Arztfälle des Vorjahresquartals für die Neueinschreiber auf die Ärzte der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztgruppen aufgeteilt. Der sich danach je Arzt ergebende Bereinigungsbetrag wird vom RLV/QZV-Honorarvolumen des Arztes abgezogen.

(3) Rückbereinigungsbeträge für Rückkehrer (im Vorjahresquartal in den Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte, die im Abrechnungsquartal nicht mehr teilnehmen) und Restbereinigungsbeträge werden entsprechend der Anteile der Bereinigung nach Absatz 1 und 2 bei der Ermittlung der grundbetragsspezifischen Vergütungsvolumen nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 HVM für den Übertrag ins nächstmögliche Quartal berücksichtigt.[15]

(4) Der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallenden Bereinigungsbeträge je Selektivvertrag, Krankenkasse und Arztgruppe aus Selektivverträgen mit situativer Einschreibung bzw. aufgrund von MGV-Bereinigungen zur Versorgung von bestimmten Versicherten außerhalb des Kollektivvertrages werden gemäß den Krankenkassenbereinigungsdaten auf die je Vertrag gemeldeten Selektivvertragsversicherten aufgeteilt. Der sich danach je Selektivvertrag ergebende Bereinigungsbetrag je Selektivvertragsversicherten wird entsprechend der je Arzt gemeldeten Selektivvertragsversicherten vom unbereinigten RLV-QZV-Volumen des jeweiligen Arztes abgezogen.

3. Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGV-Bereinigung aufgrund der ASV nach § 116b SGB V

Die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V erfolgt grundsätzlich entsprechend Nr. 2. Der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Restbereinigungsbetrag aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V wird gemäß der arztgruppenspezifischen Anteile für die jeweiligen ASV-Indikationen im nächstmöglichen Quartal anteilig von den RLV nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 HVM abgezogen.

4. Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages

In den vier Quartalen nach Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages oder nach Beendigung eines Selektivvertrages durch den Arzt wird auf Antrag des bisher teilnehmenden Arztes und nach Genehmigung durch die KV Berlin das Regelleistungsvolumen des Arztes um RLV-Fälle für bisher im Selektivvertrag versorgte Versicherte erhöht, wenn für diese Versicherten in dem jeweiligen Abrechnungsquartal RLV-Leistungen abgerechnet wurden, diese rückbereinigt wurden durch die jeweilige Krankenkasse und aufgrund der Beendigung des Selektivvertrages eine Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten gegenüber der RLV-Fallzahl vorliegt. Hierfür ist der Antrag durch den Arzt mit einer Liste der Patienten mit Versichertennummer, Name und Geburtsdatum zu belegen, die im Vorjahresquartal von dem Arzt im Selektivvertrag versorgt wurden und für die in dem jeweiligen Abrechnungsquartal Leistungen erbracht und abgerechnet wurden. § 11 Satz 3 HVM gilt entsprechend.

5. Bereinigung auf Grund der offenen Sprechstunde

[14] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

[15] Änderung zum 01.10.2025 mit Beschluss der Vertreterversammlung am 25.09.2025.

Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGV-Bereinigung aufgrund der offenen Sprechstunde. Die Bereinigung der offenen Sprechstunde erfolgt grundsätzlich entsprechend Nr. 2. Der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Restbereinigungsbetrag aufgrund der offenen Sprechstunde wird gemäß den arztgruppenspezifischen Anteilen im nächstmöglichen Quartal anteilig der RLV nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 HVM abgezogen.

ANLAGE 8 BERECHNUNG DER VORWEGABZÜGE (VWA) NACH § 6 ABS. 1 NR. 3 UND 4

$$\mathrm{VWA}^{\mathrm{o}}_{\square} = \frac{\mathrm{LB}^{\square\ \square}_{\mathrm{VWA}\ \square}}{\mathrm{LB}^{\square}_{\mathrm{VB}} + \mathrm{LB}_{\mathrm{VWA0}}} * \mathrm{VV}^{VWA}_{\mathrm{FACH}}$$

- $\mathrm{LB}^{\square}_{\mathrm{VWA0}}$

  Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb des Vorwegabzuges gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vergütet werden.

- $\mathrm{LB}^{\square}_{\mathrm{VWA}}$

  Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb des Vorwegabzuges gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 vergütet werden.

- $\mathrm{LB}^{\square}_{\mathrm{VB}}$

  Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs gemäß ANLAGE 3 Nr. 4 HVM

- $\mathrm{VV}^{VWA}_{\mathrm{FACH}}$

  Fachärztliches Verteilungsvolumen gemäß § 6 HVM ohne Abzüge gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4.